



La cothérapie, pour diversifier les regards

Une rubrique bimestrielle pour comprendre les concepts utilisés en psychiatrie... de la pratique vers la théorie et de la théorie vers la pratique. Un double mouvement.

LUDMILLA CHOSTAKOFF*, JEAN-FRANÇOIS AMPÉLAS**

*Psychologue clinicienne, **Psychiatre, CH Montperrin Aix-en-Provence

Après une tentative de suicide de Mathilde T., 20 ans, nous recevons la famille en thérapie familiale. M. et Mme T. ont deux autres enfants, deux fils de 26 et 28 ans, qui ne seront jamais présents aux entretiens. Lors de la première séance, la tension intrafamiliale est palpable, les échanges sont laborieux, chacun semblant isolé des autres... Prenant la parole en premier, Mathilde exprime une souffrance liée « aux non-dits » dans la famille. Le père semble fermé et met plutôt en lien le passage à l'acte de sa fille avec un diagnostic de trouble bipolaire posé depuis peu. Concernant les tabous familiaux, la mère évoque des événements traumatiques dont Mathilde aurait souffert. Chacun d'eux s'adresse préférentiellement à un des deux thérapeutes, en tentant de faire entendre son point de vue.

UN LIEU DIFFÉRENCIÉ

Situé au sein de l'hôpital psychiatrique, le Centre de thérapie familiale est un lieu dédié à cette pratique. Ce choix d'indépendance, sans rattachement à un centre médico-psychologique ou à une unité d'hospitalisation permet notamment de se décaler des différents enjeux transférentiels présents dans les mouvements psychiques des équipes soignantes. Par sa neutralité, cet espace rend plus aisé l'analyse du transfert.

LES PRINCIPES DE LA COTHÉRAPIE

– Les familles sont reçues par deux thérapeutes présents ensemble en séance. Ce dispositif, élément constitutif du cadre, est clairement énoncé lors de la première séance. Travailler à deux permet d'accueillir du mieux possible les émotions, les affects, les projections, les mouvements violents qui surgissent parfois. La

présence d'un binôme homme/femme peut aussi aider au déploiement du transfert familial en offrant une « palette d'instances, d'objets, de supports et de liens... » (Soulié, 2001). Cela permet de multiplier, de diversifier les regards, d'analyser plus finement dans l'ici et maintenant de la séance, ce qui se manifeste dans les liens entre les membres de la famille, mais également entre les thérapeutes. Pour les thérapies familiales analytiques, l'envie de travailler en binôme relève de motivations conscientes et inconscientes, qui oblige alors à « un travail supplémentaire à l'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle : celui de l'intertransfert » (Kaës, 1976). Cet intertransfert de l'analyste est donc composé « de son contre-transfert en situation de groupe et de son transfert sur son partenaire, sur l'équipe et l'institution instituant » (Kaës, 1982).

– Le dispositif systémique prévoit une interruption de séance vers la fin de l'entretien, afin que les thérapeutes puissent échanger, partager les ressentis, élaborer des hypothèses et préparer un commentaire à restituer ensuite aux patients. Est ici pris en compte ce qui se joue dans la famille, mais également ce qui est mobilisé chez chacun des thérapeutes, dans leur relation et dans leur lien avec la problématique de chaque famille.

– Dans le dispositif analytique, à chaque fin d'entretien, un temps est également dédié à l'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle et de l'intertransfert.

– Il est souhaitable que le binôme des thérapeutes s'inscrive dans la durée, afin de renforcer la relation de confiance et donc la possibilité d'expression et d'analyse des affects mobilisés chez chacun

des thérapeutes. Avec le temps, ce lien professionnel amplifie la qualité d'écoute clinique et la pertinence des interventions thérapeutiques.

Comme pour chaque couple, le binôme de thérapeute doit passer du fantasme de fusion gémellaire (Anzieu, 1986) à la reconnaissance de l'altérité, du « double indifférencié au double différencié » (Riand et Laroche-Joubert, 2011). Cette condition est nécessaire à un fonctionnement harmonieux : « Ce fonctionnement impose donc suffisamment de similarité et d'identité commune, pour supporter la différence et le conflit, c'est-à-dire la différenciation ». (Ibid)

DIFFÉRENTS ET COMPLÉMENTAIRES

Lors des séances suivantes, la famille T. se décale petit à petit de la tentative de suicide de Mathilde et aborde la souffrance familiale. Mathilde a subi dans son enfance des attouchements de la part de son grand-père paternel. Le père, tout d'abord dans l'évitement de ces événements, a pu exprimer son sentiment de culpabilité de ne pas avoir pu empêcher ces actes. C'est dans les rôles différents mais complémentaires des thérapeutes, l'un soutenant les résistances du côté du père et l'autre soutenant la parole de Mathilde, qu'une alliance thérapeutique s'est instaurée. Pour Soulié, « l'attention participative conjointe des deux thérapeutes (...) favorise la cocréation d'un nouvel espace cothérapeutes-famille ». Notre hypothèse est que la relation de confiance et le respect mutuel construits au fil du temps entre les cothérapeutes ainsi qu'une analyse régulière de l'intertransfert a contribué à créer un espace assez contenant, pour permettre à chacun des membres de la famille de se sentir entendu dans son vécu douloureux.

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D., 1986 : « Introduction à l'étude des fonctions du Moi-peau dans le couple », in Créer, détruire, Paris, Dunod, 1986.
- Kaes, R. et al : « L'intertransfert et l'interprétation dans le travail psychanalytique groupal », in Travail psychanalytique des groupes, Paris, Dunod, 1982.
- Soulié, M. « La cothérapie », in Dialogue. 2001/4, n° 154.
- Riand, R. et Laroche-Joubert, M., « L'intertransfert et ses figures dans le couple thérapeutique. Du double indifférencié au double différencié », in Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2011/2, n° 171 à 184.